

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES
CARDIOPATHIES
envisagées dans leurs rapports avec
l'ACCOUCHEMENT et les **SUITES** de **COUCHES**

Quelques observations nouvelles

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 4 Juillet 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph MURAT

né à Saint-Georges-en-Couzan (Loire), le 14 février 1899



LYON

Imprimerie Jean DEPRELLE

ÉDITEUR

3, Avenue de la Bibliothèque

1924

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES
CARDIOPATHIES

envisagées dans leurs rapports avec
l'ACCOUCHEMENT et les **SUITES** de **COUCHES**

Quelques observations nouvelles

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 4 Juillet 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph MURAT

né à Saint-Georges-en-Couzan (Loire), le 14 février 1899



LYON

Imprimerie Jean DEPRELLE
ÉDITEUR

3, Avenue de la Bibliothèque

1924

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire. M. HUGOUNENQ
Doyen. MM. J. LÉPINE
Assesseur. ROQUE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT,
FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. BARD
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER
Clinique ophtalmologique.....	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	WEILL
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....	LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET
Chimie biologique.....	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL
Anatomie.....	BRETIN
Histologie.....	GUART
Physiologie.....	LATARJET
Pathologie interne.....	POLICART
Pathologie et Thérapeutique générales.....	DOYON
Anatomie pathologique.....	COLET
Chirurgie opératoire.....	MOURIQUAND
Médecine expérimentale et comparée.....	PAVIOT
Médecine légale.....	X.
Hygiène.....	ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	ETIENNE MARTEN
Pharmacologie.....	COURMONT (F)
	PIC
	X...

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargés d'un cours de :	Pathologie externe.....	VALLAS
—	Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN
—	Chimie minérale.....	BARRAL
—	Urologie.....	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique.....	PATEL
Orthopédie.....	LAROYENNE
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN
Chirurgie expérimentale.....	LERICHE
Stomatologie.....	TELLIER

AGRÉGÉS

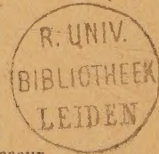
MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	COTTE	ROUBIER	DUNET
THEVENOT (Léon)	DUROUX	FAVRE	CHALIER (A.)
GAREN	TRILLAT	BONNET	CHALIER (J.)
SAVY	SARVONAT	RHEUTER	NOEL
FROMENT	FLORENCE G.	LEULIER	CORDIER (P.)
THEVENOT (Lucien)	ROCHAIX	MAZEL	
PIERY	CORDIER (V.)	SANTY	

M. BAYLE, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. COMMANDEUR, Président : TRILLAT, Assesseur
MM. RHEUTER et CHALIER (A.), Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MON PERE

Il a laissé l'exemple des plus solides qualités morales ; le souvenir de ces leçons, les premières et les plus précieuses, reste inoubliable.

A MA MERE

A MON FRERE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR COMMANDEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR VORON

A MES JUGES

INTRODUCTION

Il est peu de sujets aussi importants dans la pratique médicale. Dès longtemps — la première observation fut présentée à l'Académie de Médecine par Costa, en 1827 — de nombreux auteurs ont envisagé les Cardiopathies dans leurs relations avec l'état puerpéral, et se sont efforcés de mettre en relief tel ou tel point particulier d'une étude aussi vaste.

La formule bien connue, et par trop absolue de Peter, a suscité de nombreux travaux. On sait la thèse d'agrégation de Porak. — Jaccoud démontre que la présence d'une lésion orificielle reste compatible avec la marche normale de la grossesse. — Werner, rapportant 93 accouchements survenus chez 25 femmes atteintes de cardiopathie, insiste sur la fréquence relative des grossesses normales chez ces malades et sur l'influence à peu près nulle de l'accouchement. — Vinay a ausculté systématiquement 5.000 parturientes : 80 d'entre elles étaient atteintes de cardiopathies ; 8 seulement présentèrent des accidents, dont trois moururent. Une statistique de Champetier de Ribes, portant sur 6.000 femmes accuse 70 cardiaques : il y eut 5 fois des accidents, dont trois mortels.

Plus près de nous, Wateau étudie « La Nature Inflammatoire des Accidents Gravidocardiaques ». Citons encore les thèses de Pouliot, de Bernard, de Corpechot qui met en relief la rareté relative des accidents, surtout des accidents graves, et qui seraient le fait, d'après lui, d'une intoxication touchant le myocarde. Couderc fait l'étude des Cardiopathies congénitales. Le Roux traite « De l'Allaitement chez les cardiaques », tandis que Rénon envisage la question souvent discutée du mariage.

Cette courte revision est des plus incomplètes. Elle demanderait un temps et un développement qui dépassent les cadres de cet ouvrage. D'ailleurs, nous ne voulons pas nous livrer à une revue générale des cardiopathies envisagées dans leurs rapports avec la puerpéralité. Nous ne voulons pas, non plus, exposer une doctrine : ce travail est un simple recueil de faits cliniques. Nous avons relevé les observations des cardiaques venues accoucher à la Maternité de la Charité depuis 1914. Il s'est présenté environ 14.000 parturientes, parmi lesquelles nous avons trouvé 62 cardiaques.

Nous présenterons en premier lieu les observations des malades n'ayant éprouvé aucun trouble d'insuffisance cardiaque. Ce sont les plus nombreuses.

Un second groupe sera celui des malades dont l'état puerpéral a été marqué par des accidents légers, traduisant un début de défaillance cardiaque.

Nous classerons à part les observations de malades ayant présenté des accidents graves et dont certains se sont terminés par la mort.

Nous exposerons ensuite les faits cliniques que ces

observations renferment en faisant ressortir pour chacune le point essentiel d'où elle tire son originalité.

Mais d'abord, que Monsieur le Professeur Commandeur veuille bien agréer nos remerciements, pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse. Nous le remercions aussi pour la confiance qu'il nous a témoignée, en voulant bien nous confier des observations prises dans son ancien service.

Le sujet de cette thèse nous a été inspiré par Monsieur le Docteur Voron, accoucheur des Hôpitaux. Nous avons été très touché du cordial accueil qu'il nous a fait dans son service. Ses conseils éclairés nous ont été d'un précieux secours, et nous ont rendu la tâche plus facile. Notre profonde reconnaissance lui est acquise.

OBSERVATIONS

PREMIER GROUPE

Latence clinique absolue de la Cardiopathie

OBSERVATION I (Professeur COMMANDEUR)

Primipare. — Lucie D..., 22 ans.

Malade ayant présenté des crises rhumatismales à 15 et à 21 ans.

Se présente le 7 décembre 1913 à l'infirmerie parce qu'elle a une *Maladie Mitrale*.

L'accouchement se fait à terme le 5 janvier 1914 : l'enfant pèse 2.780 grammes. On fait une injection intra-utérine à cause de la rupture prématurée des membranes (2 heures). Pas d'incidents. Suites normales.

La malade sort le 20 janvier 1914. Etat satisfaisant.

OBSERVATION II (Docteur VORON)

Primipare. — Marie-Louise M..., 24 ans.

Crises rhumatismales aiguës à 17 et à 20 ans.

Se présente à l'infirmerie le 17 août 1920, parce qu'elle se sait atteinte de Cardiopathie ; il s'agit d'une *Maladie mitrale* bien tolérée.

• Accouchement à terme le 28 août 1920. Tout ce passe normalement. A dilatation complète, on fait une application de forceps, pour éviter à la malade les fatigues de la période d'expulsion. L'enfant naît vigoureux ; il pèse 3.500 grammes ; sa mère le nourrit au sein.

Suites sans incident. Etat satisfaisant à la sortie le 29 septembre 1924.

OBSERVATION III (Docteur VORON)

Primipare. — Emilie R..., 27 ans.

Aucun antécédent pathologique.

Le cœur est rapide. On trouve une *Maladie mitrale*.

La malade entre à la Maternité le 24 octobre 1920 et accouche spontanément d'un enfant de 2.900 grammes, nourri au sein maternel.

Suites normales. Etat satisfaisant à la sortie le 6 novembre 1920.

OBSERVATION IV (Docteur VORON)

Primipare. — Jeannè C..., 20 ans.

Pas d'autre maladie qu'une jaunisse à 16 ans.

Au cœur, *Maladie mitrale*.

La malade entre à l'infirmerie le 19 novembre 1920 parce qu'elle a les jambes enflées. On note encore un assez volumineux œdème vulvaire.

L'accouchement a lieu le 29 novembre : enfant vigoureux, du poids de 2.360 grammes, qui meurt au bout de 48 heures, de cause indéterminée.

Suites ordinaires. Etats satisfaisant à la sortie le 11 décembre 1920.

OBSERVATION V (Docteur VORON)

Primipare. — Rosa T., 25 ans.

La malade a eu une atteinte de rhumatisme articulaire aigu.

Au cœur, *Maladie mitrale*.

Accouchement le 8 mai 1922. Du fait de la cardiopathie et en raison d'un léger rétrécissement du bassin, on fait à dilatation complète une application de forceps. L'enfant pèse 2.980 grammes ; nourri au sein maternel.

Suites simples. La malade sort le 20 mai 1922.

OBSERVATION VI (Docteur VORON)

II^e Pare. — Clémence R., 20 ans.

La malade a eu la chorée dans sa jeunesse ; elle a eu de plus une crise de rhumatisme.

On note l'existence d'une cardiopathie : *insuffisance mitrale* nette ; *rétrécissement mitral* probable.

Premier accouchement simple le 18 janvier 1921 ; l'enfant pèse 3.210 grammes ; nourri au sein.

La délivrance s'accompagne d'une hémorragie d'environ 1.000 grammes.

Suites normales. Sortie le 30 janvier 1921.

Deuxième accouchement simple le 13 juin 1922 ; l'enfant pèse 3.400 grammes. Comme le premier, la mère le nourrit au sein.

Suites sans incident. Sortie le 24 juin 1922. Etat satisfaisant.

OBSERVATION VII (Professeur COMMANDEUR)

III^e Pare. — Clotilde A., 37 ans.

La malade entre à terme à la Maternité. On relève un peu d'œdème des jambes, une albuminurie légère.

Au cœur : *Maladie mitrale*.

Les accouchements antérieurs n'ont été l'occasion d'aucun incident.

La malade accouche normalement le 26 mai 1914 ; les suites sont parfaites ; l'œdème et l'albumine disparaissent. L'enfant est vigoureux ; il pèse 2.680 grammes.

A la sortie, le 22 juin 1914, état satisfaisant.

OBSERVATION VIII (Professeur COMMANDEUR)

III^e Pare. — Aimée F..., 22 ans.

Malade ayant eu à 14 et à 16 ans des crises rhumatismales aiguës. Au cœur : *Maladie mitrale*.

Les trois grossesses ont été bien supportées, les accouchements normaux, les enfants nourris au sein. Le dernier accouchement a eu lieu le 25 décembre 1914 ; l'enfant vigoureux pesait 3.170 grammes ; soumis à l'allaitement mixte.

Aucun incident dans les suites de couches. La malade sort le 5 janvier 1915.

OBSERVATION IX (Professeur COMMANDEUR)

III^e Pare. — Marie-Louise B..., 36 ans.

Malade ayant eu une rougeole en bas âge, une scarlatine à 9 ans, des crises rhumatismales aiguës à 11 ans, 15 ans et 18 ans ; enfin une bronchite en 1917.

Au cœur : *Maladie mitrale*.

Les accouchements antérieurs ont été normaux ; les enfants nourris au sein maternel.

La dernière grossesse a été bien supportée. La malade accouche sans incident le 17 avril 1919 ; l'enfant, né vigoureux, pesant 2.900 grammes, est mis à la crèche.

Suites de couches simples. Sortie le treizième jour.

OBSERVATION X (Docteur VORON)

IV^e Pare. — Adèle R..., 29 ans.

Rougeole et coqueluche dans l'enfance. Typhoïde.

Au cœur : *Maladie mitrale*.

Grossesses et accouchements antérieurs normaux.

Grossesse actuelle bien supportée. La malade accouche le 18 janvier 1922 ; enfant de 3.840 grammes, nourri au sein maternel.

Suites simples. La malade sort le dixième jour.

OBSERVATION XI (Professeur COMMANDEUR)

IV^e Pare en 1914. — Adèle M..., 38 ans.

Grossesses et accouchements antérieurs sans incidents.

La malade, qui est atteinte d'une *maladie mitrale*, est sujette à de fréquentes crises d'épilepsie. Elle présente en plus de l'albuminurie massive.

Accouchement prématuré à 7 mois $\frac{1}{2}$, le 18 juin 1914 ; l'enfant qui pèse 1.380 grammes est laissé au sein maternel.

Suites simples. Sortie au dixième jour.

V^e Pare en 1916 :

Grossesse terminée par une fausse-couche au cinquième mois. Aucun incident.

VI^e Pare en 1918 :

On note la persistance des crises et de l'albuminurie.

Accouchement normal le 22 avril 1918. L'enfant pèse 1.830 grammes, on le laisse au sein maternel ; mais il meurt de diarrhée le 6 mai et la mère part en assez bonne santé.

OBSERVATION XII (Docteur VORON)

VI^e Pare. — Caroline B..., 38 ans.

Rougeole et coqueluche dans l'enfance.

Les accouchements antérieurs se sont passés sans incident.

Au cœur : *Maladie mitrale*. De plus la malade souffre de métrite et de salpingite.

Accouchement normal le 18 novembre 1921. L'enfant, vigoureux, pèse 3.550 grammes. On le laisse au sein maternel.

Suites ordinaires. Sortie au dixième jour, bien portante.

OBSERVATION XIII (Professeur COMMANDEUR)

VII^e Pare. — Lucie R..., 36 ans.

La malade a eu la fièvre typhoïde en 1919. On note une hypertrophie thyroïdienne de la grosseur d'un œuf de poule, aux dépens du lobe latéral gauche.

De 1902 à 1915, la malade a eu six accouchements normaux ; les cinq derniers enfants ont été nourris au sein maternel.

En 1915, la malade a eu une crise rhumatismale aiguë, ayant intéressé le genou gauche.

Au cœur : *Insuffisance mitrale* certaine ; *rétrécissement mitral* probable.

La malade accouche le 19 mai 1919 ; il n'y a qu'un peu de dyspnée ; l'enfant qui pèse 2.550 grammes est soumis à l'allaitement mixte, la mère ayant peu de lait.

Suites normales. Etat satisfaisant à la sortie, le 3 juin 1919.

OBSERVATION XIV (Professeur COMMANDEUR)

II^e Pare. — Sarah D..., 27 ans.

Aucun antécédent pathologique. La grossesse et l'accouchement antérieurs ont été simples ; l'enfant a été nourri au sein maternel.

Au cœur : *Rétrécissement mitral*.

Lè début de la grossesse actuelle a été normal ; mais la malade vient consulter le 30 mai 1914 parce qu'elle voit son ventre grossir démesurément ; on diagnostique une grossesse gémellaire compliquée d'une hydramnios aiguë dont l'évolution rapide commande l'interruption de la grossesse au cin-

quième mois. La malade ne présente malgré cette affection aucun signe d'insuffisance cardiaque.

Suites simples. La malade sort le 17 juin 1914, douze jours après l'accouchement.

OBSERVATION XV (Professeur COMMANDEUR)

Primipare. — Julie C..., 28 ans.

Bronchite et pleurésie à 3 ans.

Au cœur : *Rétrécissement mitral*.

La malade accouche le 9 janvier 1920. En raison de la cardiopathie on fait une application de forceps sur le plancher. Enfant vigoureux de 3.300 grammes, mis en nourrice.

Suites simples. La malade sort le 20 janvier 1920.

OBSERVATION XVI (Docteur VORON)

Primipare. — Georgette P..., 21 ans.

Père bacillaire. La malade a toujours toussé ; elle présente des signes de bronchite suspecte du sommet droit.

Au cœur : *Rétrécissement mitral*.

Accouchement sans incident le 8 mai 1921 ; l'enfant pèse 3.420 grammes ; il est confié à une nourrice.

Suites de couches fébriles ; on note une poussée congestive du sommet droit. La malade sort à peu près rétablie, le 27 mai 1921.

OBSERVATION XVII (Docteur VORON)

Primipare. — Mélanie G..., 28 ans.

Malade sujette à des crises épileptiformes.

Au cœur : *Rétrécissement mitral*.

La malade accouche prématurément (8^e mois) le 24 août 1921.

L'enfant, du poids de 2.620 grammes, est laissé au sein maternel.

Suites simples. Etat satisfaisant à la sortie le 26 septembre 1921.

OBSERVATION XVIII (Docteur VORON)

II^e Pare. — Yvonne-Thérèse O..., 22 ans.

Grossesse et accouchement antérieurs normaux.

Au cœur : *Rétrécissement mitral*.

La malade accouche le 26 juin 1923 : enfant du poids de 3.530 grammes, confié à l'assistance.

Suites simples. La malade sort le 24 juillet.

OBSERVATION XIX (Professeur COMMANDEUR)

IV^e Pare. — Maria P..., 32 ans.

Accouchements antérieurs sans incident. La mère a nourri ses enfants au sein.

Au cœur : *Rétrécissement mitral*.

Pendant la grossesse, un peu de dyspnée d'effort et de cyanose du visage.

Accouchement sans incident le 19 avril 1916 : enfant de 2.880 grammes, nourri au sein maternel.

Suites simples. Etat satisfaisant à la sortie, le 30 avril 1916.

OBSERVATION XX (Docteur VORON)

IV^e Pare. — M^{me} G..., 32 ans.

La malade a eu la rougeole, la varicelle et la coqueluche.

Les accouchements antérieurs ont été normaux.

Au cœur : *Rétrécissement mitral*.

Un peu de tachyarythmie pendant la grossesse.

Accouchement sans incident le 14 mars 1923 ; enfant vigoureux, nourri au sein maternel.

Suites simples. Sortie en bonne santé au dixième jour.

OBSERVATION XXI (Docteur VORON)

VII^e Pare. — Marie A..., 41 ans.

La malade a eu la rougeole, de la chlorose, une crise de rhumatisme articulaire aigu.

Au cœur : *Rétrécissement mitral*.

Les accouchements antérieurs ont été normaux.

A la fin de la grossesse on note des varices et de l'œdème des jambes.

Accouchement le 20 décembre 1920 ; enfant de 3.450 grammes, soumis au sein maternel. Pas d'incident.

Suites simples. Sortie le 14 janvier 1921.

OBSERVATION XXII (Professeur COMMANDEUR)

Primipare. — Armandine V..., 23 ans.

La malade qui a eu la coqueluche, la varicelle, la rougeole, a présenté une crise de rhumatisme articulaire aigu à 16 ans.

Au cœur : *Insuffisance mitrale*.

Accouchement ordinaire le 9 mars 1920. Enfant de 2870 grammes, soumis à l'allaitement mixte.

Suites de couches simples. Etat satisfaisant à la sortie, le 23 mars.

OBSERVATION XXIII (Docteur VORON)

II^e Pare. — Constance D..., 33 ans.

Malade ayant eu rhumatisme et chorée.

Au cœur : *Insuffisance aortique et rétrécissement mitral*.

Grossesse et accouchement antérieurs sans incident.

Accouchement ordinaire le 12 novembre 1922. En raison de la cardiopathie, on fait une application de forceps sur le plancher : enfant de 2.950 grammes, nourri au sein maternel. Suites simples. Sortie le 24 novembre 1922.

OBSERVATION XXIV (Docteur VORON)

Primipare. — Bénédicte F..., 21 ans.

Malade ayant eu une rougeole.

Grossesse bien supportée. Accouchement sans incident le 2 février 1924 ; enfant vigoureux, nourri au sein. Un hasard d'auscultation fait découvrir une *insuffisance aortique* et un *rétrécissement mitral* absolument latents.

Suites simples. Sortie le 26 février 1924, en bonne santé.

OBSERVATION XXV (Docteur VORON)

II^e Pare. — Augustin C..., 28 ans.

Malade ayant eu, depuis l'âge de 14 ans, de nombreuses crises rhumatismales.

À cœur : *double lésion aortique* et *insuffisance mitrale*. Albuminurie.

La malade qui a bien supporté sa grossesse, accouche sans incident le 16 septembre 1921 ; enfant de 2.800 grammes, nourri au sein maternel.

Suites simples. La malade sort le onzième jour, en bonne santé.

OBSERVATION XXVI (Professeur COMMANDEUR)

V^e Pare. — Marguerite L..., 39 ans.

Rien d'anormal aux accouchements antérieurs. Les quatre enfants ont été nourris au sein.

La malade, qui présente tous les signes d'une *insuffisance*

aortique, qui est albuminurique et éclamptique, accouche au sixième mois d'un enfant du poids de 800 grammes, mort-né. De plus la malade qui le jour de son accouchement a fait trois crises d'éclampsie, souffre d'un épanchement pleural droit. Malgré tout, il ne se produit aucun phénomène d'insuffisance cardiaque.

Suites simples. Sortie en bonne santé le 17 novembre 1917.

OBSERVATION XXVII (Docteur VORON)

Primipare. — Hortense D..., 23 ans.

Malade atteinte d'*insuffisance aortique* d'origine rhumatismale. L'accouchement survient à la fin du huitième mois, sans incident, le 18 janvier 1921. L'enfant, qui pèse 1.970 grammes est nourri au sein maternel ; sa croissance est normale.

Suites simples. Etat satisfaisant à la sortie, le 2 février 1921.

OBSERVATION XXVIII (Professeur COMMANDEUR)

II^e Pare. — Jeanne-Marie C..., 30 ans.

Accouchement antérieur normal en 1912.

En 1919 la malade a fait une crise de rhumatisme articulaire aigu. Au cœur : *rétrécissement aortique*.

La grossesse actuelle a été bien supportée. Le 11 mai 1920, la malade a accouché sans incident ; l'enfant, qui pèse 2.510 grammes est nourri au sein maternel.

Suites simples. Sortie au douzième jour.

OBSERVATION XXIX (Professeur COMMANDEUR)

Primipare. — Joséphine M..., 24 ans.

La malade présente des lésions bacillaires multiples : une gibbosité pottique dont le point de départ se trouve au niveau

de la V^e lombaire ; une arthrite du genou droit ; des lésions pulmonaires fibro-caséuses des sommets. Enfin on relève l'existence d'une *cardiopathie*.

Malgré tout, la grossesse est bien supportée et la malade accouche le 1^{er} janvier 1920 ; l'enfant, du poids de 4.020 grammes est nourri au sein maternel.

Suites simples. Sortie le 14 janvier 1920.

OBSERVATION XXX (Docteur VORON)

VII^e Pare. — Alexandrine B..., 34 ans.

Les grossesses et accouchements antérieurs ont été normaux et sans incidents.

De même pour le septième accouchement qui se produit le 18 octobre 1920 : enfant de 3.300 grammes, que sa mère allaite. Ce n'est qu'au 6^e jour qu'on découvre par hasard l'existence d'une *cardiopathie*.

Suites simples. Sortie le 4 novembre 1920 en bonne santé.

OBSERVATION XXXI (Professeur COMMANDEUR)

II^e Pare. — Joséphine G..., 19 ans.

Le premier accouchement a été normal ; la mère a allaité son enfant.

La malade a bien supporté sa grossesse ; pourtant elle a maigri et toussé : les deux sommets sont suspects. On relève encore l'existence d'une *cardiopathie*.

Elle accouche sans incident le 4 septembre 1916 ; l'enfant, qui pèse 1.470 grammes, est mis à la crèche.

Les suites sont marquées par une poussée évolutive des sommets : le 27 septembre 1920, on transporte la malade dans un service de maladies des voies respiratoires à Saint-Pothin,

DEUXIÈME GROUPE

Malades ayant présenté des accidents légers

OBSERVATION XXXII (Professeur COMMANDEUR)

Primipare. — Gisèle C..., 15 ans $\frac{1}{2}$.

Malade ayant eu une rougeole dans l'enfance ; puis une bronchite avec des phénomènes pleuraux ; enfin une crise de rhumatisme articulaire aigu.

Cardiopathie complexe : *double lésion aortique et insuffisance mitrale*. La grossesse a été très bien supportée. Le 28 février 1914, la malade accouche sans incident d'une fille de 3.450 grammes, élevée au biberon.

Au 5^e jour des suites de couches, la malade fait un brusque accès de *tachycardie paroxystique*, avec dyspnée et cyanose, qui dure une heure, le pouls battant à environ 200.

Les dix jours suivants, la malade fait une nouvelle crise rhumatismale avec fièvre élevée.

Sortie le 28 février 1914.

OBSERVATION XXXIII (Professeur COMMANDEUR)

IV^e Pare. — Stéphanie R..., 31 ans.

Malade ayant eu des convulsions dans l'enfance ; la fièvre typhoïde à 17 ans ; une pleurésie à 20 ans. On relève enfin l'existence d'une *cardiopathie*,

Les grossesses et les accouchements antérieurs se sont passés sans incident.

Un peu de dyspnée d'effort, passagère, au 2^e mois de la grossesse actuelle. Au moment de l'accouchement, léger œdème des membres inférieurs.

Le 20 mai 1917, la malade accouche sans incident. Enfant mis à la crèche de 3.320 grammes. Une *hémorragie* secondaire de la délivrance d'environ 600 grammes se produit, amenant une accélération passagère du pouls qui bat à 88.

Au 7^e jour des suites de couches, la malade est prise brusquement d'un accès de *dyspnée* intense avec *cyanose*, sans toux ni expectoration : on administre des toni-cardiaques ; on donne de l'oxygène et on fait une application de ventouses.

La malade sort le 14^e jour, bien rétablie.

OBSERVATION XXXIV (Professeur COMMANDEUR)

VII^e Pare. — Jeanne S..., 33 ans. Malade ayant eu la rougeole, la scarlatine et la diphtérie. Cœur gros : *Maladie mitrale*.

Accouchements antérieurs normaux. A noter un prématuré de 8 mois et une fausse-couche au 4^e mois.

La grossesse a été bien supportée. Aux jambes il y a des varices et de l'œdème.

La malade accouche sans incident le 13 juillet 1918 ; l'enfant pèse 2.770 grammes ; il est laissé au sein maternel.

Au 5^e jour des suites de couches, la malade présente un accès de *dyspnée* et *cyanose* légères qui s'atténue spontanément.

Sortie le 7 août, en bonne santé.

OBSERVATION XXXV (Docteur VORON)

IV^e Pare. — Adélaïde C..., 38 ans. Malade ayant eu la rougeole dans l'enfance ; une crise de rhumatisme articulaire

aigu en 1914. Elle est porteur d'un petit fibrome ; enfin on relève les signes d'une *myocardite*.

Les deux dernières gestations, en 1905 et en 1914, se sont terminées par des fausses-couches.

La grossesse actuelle a été marquée par un peu de dyspnée d'effort, un œdème léger des membres inférieurs.

Le 24 novembre 1920, accouchement normal : enfant de 3.750 grammes nourri au sein maternel.

La malade ne perd pas. Deux heures après l'accouchement, elle *syncope* : le pouls est intermittent. Le malaise dure 40 minutes.

Suites normales. La malade sort le 9 décembre 1920.

OBSERVATION XXXVI (Docteur VORON)

II^e Pare. — Antoinette S..., 34 ans. Malade ayant eu dans l'enfance la rougeole et la coqueluche. On note l'existence d'une *cardiopathie*.

La grossesse antérieure fut bien supportée ; l'accouchement suivi d'œdème aigu du poumon et de pleurésie bilatérale.

Grossesse actuelle bien supportée ; accouche sans incident le 4 octobre 1921 ; l'enfant pèse 2.070 grammes ; il est mis à l'allaitement mixte.

Au 6^e jour, la malade présente un peu de *dyspnée* ; on note une légère congestion des bases, sans température, qu'on traite par les ventouses et l'oxygène.

La malade sort rétablie le 20 octobre 1921.

OBSERVATION XXXVII (Docteur VORON)

Primipare. — M^{me} R..., 34 ans.

La malade est sujette à des épistaxis répétés ; la dyspnée d'effort est facile et les palpitations fréquentes.

Au cœur, on relève une *insuffisance aortique* et un *rétrécis-*

sémit mitral. Au 7^e mois, s'installe une albuminurie massive : la malade rentre à la Maternité le 30 octobre 1923 ; elle accouche prématurément à 7 mois et demi, sans incident ; l'enfant pèse 2.000 gr. ; il est soumis à l'allaitement mixte. Suites simples. Sortie le 9 décembre 1923.

OBSERVATION XXXVIII (Professeur COMMANDEUR)

Primipare. — Emma O..., 28 ans.

La malade a eu la chorée de 8 à 11 ans, puis la fièvre typhoïde et une crise de rhumatisme articulaire aigu.

Au cœur : *rétrécissement mitral*.

Au milieu du 8^e mois, la malade est transportée à l'Hôtel-Dieu pour « infarctus rénal ou pyélonéphrite ». Là, les douleurs et le travail commencent et on emmène la malade à la Charité où elle accouche sans incident le 8 décembre 1919. L'enfant pèse 2.000 grammes ; il est confié à la Crèche.

Aucun incident des suites de couches ; la malade ne se ressent pas de sa crise rénale ; elle sort en bonne santé le 22 décembre 1919.

OBSERVATION XXXIX (Docteur VORON)

V^e Pare. — Victoire M..., 40 ans.

Malade porteur d'une *maladie mitrale*.

Aucun incident au cours des grossesses et accouchements antérieurs. Grossesse actuelle bien supportée.

Accouche sans incident le 28 mai 1921 : enfant de 3.040 grammes nourri au biberon.

Au 11^e jour, *congestion* de la base gauche, avec poussée thermique à 38°8 ; le pouls reste régulier à 70.

La malade sort guérie le 19 juin 1921.

OBSERVATION XL (Docteur VORON)

Primipare. — Anne G..., 27 ans.

Malade ayant eu une rougeole et toussant les hivers. Elle s'essouffle facilement et prend souvent des syncopes.

Cœur gros. *Rétrécissement mitral.*

La malade accouche sans incident le 6 juin 1921 : enfant de 3.080 grammes.

Au 4^e jour, la malade présente de la *congestion pulmonaire* avec fièvre entre 38°8 et 39°2 qui se maintient 3 jours ; le pouls est à 130 et on remarque des faux pas du cœur.

L'amélioration se fait progressivement et la malade sort le 8 juillet 1921.

Malades ayant eu des accidents graves

OBSERVATION XLI (Professeur COMMANDEUR)

Primipare. — Albertine R..., 29 ans. *Maladie mitrale* sans antécédent pathologique. Grossesse bien supportée ; un peu de constipation et bronchite diffuse. Le 30 septembre 1914, la malade est prise brusquement d'un accès violent d'*œdème aigu* du poumon qu'on traite par la saignée et les toni-cardiaques.

Le lendemain, 1^{er} octobre, elle accouche sans incident ; l'enfant qui pèse 2.100 grammes est mis en nourrice.

Suites simples. On administre des toni-cardiaques et le 22 octobre la malade sort bien rétablie.

OBSERVATION XLII (Docteur VORON)

Primipare. — Marie Antoinette B..., 24 ans.

Malade ayant eu la grippe en 1918 et une crise de rhumatisme articulaire aigu.

Maladie mitrale et tachycardie.

Grossesse bien supportée ; accouchement le 30 avril 1921 sans incident ; enfant vigoureux de 3.250 grammes, soumis à l'allaitement mixte.

Au 8^e jour, brusque accès d'*œdème aigu* du poumon : on fait une saignée. Puis la malade présente de la galactophorite et de la lymphangite.

Elle sort enfin en bonne santé vers le milieu de juin.

OBSERVATION XLIII (Docteur VORON)

Primipare. — Cécile E..., 39 ans.

Malade ayant eu la rougeole et une crise de rhumatisme articulaire aigu. Au cœur : *Maladie mitrale*.

Aucun incident au cours de la grossesse ou de l'accouchement qui survient le 7 mai 1921 : enfant pesant 3.450 grammes nourri au biberon.

Au 6^e jour, la malade présente un accès de dyspnée avec légère poussée thermique : « *Subasystolie inflammatoire probable* » qu'on traite par la digitale.

La malade sort rétablie le 21 mai 1921.

OBSERVATION XLIV (Docteur VORON)

Primipare. — Thérèse M..., 23 ans.

Malade ayant eu une rougeole et une jaunisse ;

Au cœur : *Rétrécissement mitral*.

Grossesse bien supportée malgré un travail pénible. La

Malade accouche prématurément à 7 mois $\frac{1}{2}$ d'un enfant de 1.620 grammes qui se développe normalement. (9 décembre 1920).

Au 3^e jour, brusque accès d'*œdème aigu* du poumon, intense, qu'on traite par la saignée et les toni-cardiaques. L'accès se répète, mais moins violent, le surlendemain.

Dans la suite, évolution normale. La malade sort en bonne santé.

OBSERVATION XLV (Docteur VORON)

II^e Pare. — Jeanne B..., 25 ans.

Malade atteinte de bronchite chronique ; elle tousse les hivers et est facilement dyspnéique.

Au cœur : *Rétrécissement mitral* certain, et *insuffisance mitrale* probable. La grossesse est assez bien supportée et la malade accouche sans incident le 19 mai 1921 d'un enfant de 3.020 grammes, mis en nourrice.

Au 6^e jour, accès violent d'*œdème aigu* du poumon avec température à 38°2. On fait une saignée.

La malade sort guérie le 27 juin 1921.

OBSERVATION XLVI (D^r VORON)

I^{er} Pare. — Lucie S..., 26 ans.

Malade ayant eu la « danse de Saint-Guy », à 13 ans.

Au cœur, *rétrécissement mitral*.

La grossesse est bien supportée, quoique gémellaire. La malade accouche prématurément au 7^e mois le 25 mai 1921 de deux morts-nés. Aucun incident.

Le lendemain se déclanche une poussée d'*hyposystolie* avec œdème des membres inférieurs et des lombes, cyanose, oligurie, albuminurie et dyspnée. On donne de la digitale.

La malade sort guérie en fin juin 1921.

OBSERVATION XLVII (Docteur VORON)

Primipare. — Marie Virginie G..., 22 ans.

Malade atteinte d'un *rétrécissement mitral* et d'une *insuffisance aortique*.

A la fin du 8^e mois, la malade, qui a bien supporté sa grossesse rentre à l'infirmerie. Le 21 août 1921 elle a un violent accès d'*œdème aigu* du poumon soigné par les moyens ordinaires.

Accouchement sans incident le 15 septembre : on fait une application de *forceps* sur le plancher, pour éviter les efforts de la période d'expulsion. L'enfant, vigoureux, pèse 2.650 grammes. On le nourrit au biberon.

Trois jours après, la malade présente un accès passager de tachycardie. Mais le 28 septembre se produit un nouvel accès d'*œdème aigu* du poumon, pour lequel on fit une saignée et on donna de la digitale.

La malade sort rétablie le 5 octobre 1921.

OBSERVATION XLVIII (Docteur VORON)

V^e Pare. — Berthe G, 35 ans. Malade dont l'état de santé est généralement précaire ; elle aurait eu la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, la diphtérie et une crise de rhumatisme articulaire aigu.

Au cœur : on entend un *souffle systolique* de la base qui se propage le long du bord gauche du sternum mais non vers les vaisseaux du cou.

Les grossesses et accouchements antérieurs se sont passés sans incident.

La grossesse actuelle est bien supportée, la malade accouche normalement le 24 septembre 1921 : l'enfant qui pèse 3.000 grammes est nourri au biberon.

Au 8^e jour, elle présente un gros succès d'*œdème aigu* du poumon sans élévation de température. On fait une saignée.

Amélioration progressive ; la malade sort guérie le 10 octobre 1921.

OBSERVATION IL (Docteur VORON)

VII^e Pare. — Marie F..., 37 ans.

La malade a eu une bronchite en 1919 ; un pleurésie sèche en 1920. Au cœur : *Maladie mitrale et insuffisance aortique*. Tachycardie. Les grossesses et accouchements antérieurs ont été normaux. Les deux derniers mois de la grossesse actuelle ont été marqués par une dyspnée rapidement progressive. A la fin du 8^e mois, la malade est prise d'un point de côté violent avec dyspnée et crachats striés de sang faisant penser à un *infarctus miliaire*.

Accouchement sans incident le 19 octobre 1921 : enfant de 4.640 grammes, mis à l'allaitement mixte.

La délivrance s'accompagne d'une *hémorragie* de 2.790 grammes, sans aucun symptôme d'anémie.

La malade sort le 15 novembre 1921. Etat satisfaisant.

OBSERVATION L (Docteur VORON)

V^e Pare. — Marie T..., 29 ans.

Malade ayant eu la rougeole, une pleurésie, et une crise de rhumatisme articulaire aigu.

Au cœur : *rétrécissement mitral*.

Accouchements antérieurs bien supportés. Suites normales.

La grossesse actuelle a été bien supportée ; le 30 avril 1922, la malade accouche sans incident : enfant de 3.900 grammes soumis à l'allaitement mixte.

Au 9^e jour des suites de couches, la malade fait brusquement une crise d'*œdème aigu* du poumon. On fait une saignée.

La malade sort rétablie le 20 mai 1922.

OBSERVATION LI (Docteur VORON)

I^{er} Pare. — Jeanne J., 21 ans.

Malade atteinte d'un rétrécissement mitral.

La grossesse est bien supportée. Le 12 mars 1923, l'accouchement survient : la malade en est à la fin du 7^e mois ; l'enfant petit mais vigoureux est mis au sein maternel.

Le *lendemain* la malade fait une crise brusque d'*œdème aigu* du poumon qu'on soigne par les moyens ordinaires.

La malade sort guérie le 3 avril 1923.

OBSERVATION LII (Docteur VORON)

II^e Pare. — Thérèse S., 33 ans.

Au cœur : *rétrécissement mitral*.

La grossesse antérieure s'est terminée par une fausse-couche de deux mois. Sur l'utérus, on reconnaît la présence de trois masses fibromateuses, dont l'une est sentie au-dessus de la symphyse.

La malade accouche en siège le 22 mars 1922 ; à la fin de l'accouchement, elle présente un brusque accès d'*œdème aigu* du poumon, pour lequel on fait une saignée de 370 grammes qui s'ajoutent aux 300 de la délivrance. L'enfant pèse 2.960 grammes ; on le met au biberon.

Amélioration rapide. Sort le 7 avril.

OBSERVATION LIII (Docteur VORON)

Primipare. — M^{me} S., 34 ans.

Rougeole et coqueluche dans l'enfance. Hérédité syphilitique.

Au cœur : *rétrécissement mitral*.

La grossesse a été bien supportée ; l'accouchement a été normal le 24 août 1920 ; l'enfant vigoureux.

Au 3^e jour, des suites de couches, la malade fait une crise

d'œdème aigu du poumon qu'on traite par la saignée. Puis s'installe une pleurésie bilatérale qui cède à des ponctions. La malade sort rétablie le 4 septembre 1920.

II^e Pare en 1923: — Aucun incident au cours de la grossesse, de l'accouchement (26 mars 1923) ou des suites de couches. Enfant normal.

La malade sort le 10^e jour.

OBSERVATION LIV (Docteur VORON)

II^e Pare. — Jeanne B..., 32 ans.

Rougeole et coqueluche dans l'enfance. Crise de rhumatisme articulaire aigu ayant duré 12 jours.

En 1913, premier accouchement sans incident.

En 1921-1922, la malade a fait deux crises de *subasystolie*. Depuis qu'elle est enceinte, elle a eu deux nouvelles crises.

Au milieu du 8^e mois, la malade entre à l'hôpital. Le 15 juillet 1923 on diagnostique un *rétrécissement mitral* typique, avec dyspnée et œdème des jambes. L'accouchement prématuré provoqué est discuté; mais on le rejette et on donne des toni-cardiaques. La malade accouche à terme sans incident le 2 août 1923; on fait une application de forceps sur le plancher, à cause de la cardiopathie. Enfant normal, vigoureux, mis en nourrice. Suites de couches parfaites. Rien qu'une crise passagère de tachycardie paroxystique au 9^e jour.

Le lendemain, la mère part chez elle bien rétablie. Elle nourrit elle-même son enfant, sans fatigue.

Depuis, la malade a fait, un mois et demi après sa sortie de l'hôpital, une nouvelle crise d'asystolie; elle a cessé d'allaiter son enfant qui est mort de convulsions. Assez bien portante pour le moment, bien qu'elle ne sorte pas encore, elle s'occupe chez elle de son ménage (juin 1924).

OBSERVATION LV (Professeur COMMANDEUR)

V^e Pare. — Amélie R..., 37 ans.

La malade a eu la rougeole à 8 ans,

Au cœur : *Maladie mitrale*.

Les accouchements antérieurs ont été normaux, les grossesses bien supportées. Depuis, la malade a eu une pneumonie.

Dès le début de la grossesse actuelle, la malade a souffert de varices sans œdème des jambes, et de dyspnée d'effort rapidement progressive. Le 21 septembre 1914, la malade entre à l'Infirmierie ; on administre de la digitale.

La malade accouche sans incident le 19 novembre ; l'enfant vigoureux pèse 2.200 grammes ; il est mis à la crèche.

Après l'accouchement, dans les 8 jours qui suivent, la malade a de l'*albumine* dans les urines ; elle est dyspnéique. Au 15^e jour, la température monte à 38°5 et l'on note de la *congestion pulmonaire* : on fait des ventouses scarifiées, en même temps qu'on administre des toni-cardiaques et de l'oxygène. Malgré tout, la dyspnée persiste et on fait le 6 décembre une saignée de 500 grammes. Bien qu'un traitement énergique soit institué, l'asystolie progresse et la malade meurt le 10 décembre 1914. (

OBSERVATION LVI (Professeur COMMANDEUR)

Primipare. — Marie C., 39 ans.

La malade, qui a une bronchite à 12 ans, est atteinte de *Cardiopathie*. La grossesse a été très bien supportée ; l'accouchement s'est passé sans incident le 4 mai 1916 : enfant de 2.750 grammes, mis à la crèche.

Au 4^e jour, des suites des couches, on note une élévation de la température à 38°8, avec de la dyspnée et les signes d'une *congestion pulmonaire*. Malgré le traitement institué, la congestion persiste, la température reste oscillante et la malade meurt le 19 mai 1916.

OBSERVATION LVII (Professeur COMMANDEUR)

Primipare. — Louise L., 27 ans.

La malade, qui a eu la rougeole en bas-âge, est atteinte de *Cardiopathie*. Pendant la grossesse, la malade a été facilement dyspnéique : elle a pris du strôphantus.

L'accouchement se fait le 22 août 1917, accompagné d'une dyspnée intense qui s'accroît après la délivrance : la malade tousse et se cyanose. L'enfant, vigoureux, pèse 2.460 grammes.

Le lendemain se produit une violente crise d'*œdème aigu* du poumon qui emporte la malade malgré tous les soins.

OBSERVATION LVIII (Professeur COMMANDEUR)

II^e Pare. — Louise C..., 28 ans.

La malade est atteinte de *maladie mitrale* d'origine rhumatismale.

La première grossesse a évolué normalement en 1911.

Le début de cette grossesse a été marqué par de nombreux vomissements bilieux ; en même temps s'est fait une abondante chute des cheveux. Puis la malade a souffert d'une dyspnée intense pour laquelle elle rentre à l'hôpital au milieu du cinquième mois. On constate alors l'existence d'une albuminurie massive.

Le 15 janvier 1919 la malade accouche en siège complet d'un enfant cyanosé, du poids de 910 grammes, qui succombe rapidement. La malade en était à son sixième mois.

Après l'accouchement, l'*asystolie* s'installe, irréductible, et progresse rapidement. La malade meurt le 29 janvier 1919.

Vérification : congestions viscérales généralisées, gros cœur de 300 grammes. mitrale sclérorée, rétrécie et insuffisante, épanchement et adhérences péricardiques.

OBSERVATION LIX (Professeur COMMANDEUR)

IV^e Pare. — Antoinette G..., 33 ans.

Rougeole et scarlatine en bas âge. On relève l'existence d'une *maladie mitrale* avec gros cœur.

Les accouchements antérieurs ont été normaux ; la mère a allaité ses enfants.

Depuis huit ans la malade s'essouffle facilement, et plus encore depuis sa grossesse. Au cinquième mois apparaît de l'œdème des jambes. Au milieu du sixième mois, la malade entre à l'infirmerie : on note une dyspnée continue avec cyanose ; les jambes sont œdématisées, le foie un peu gros, les bases pulmonaires congestionnées et obscures.

Accouchement prématuré au septième mois, le 9 février 1919 ; l'enfant qui pesait 1.360 grammes meurt le 12 février, de débilité congénitale. D'abord la mère semble mieux.

Mais des phénomènes de subasystolie apparaissent le cinquième jour, et le 17 février, se produit une crise d'œdème aigu du poumon pour laquelle on fait une saignée et qui se renouvelle le surlendemain : nouvelle saignée et toni-cardiaques.

Malgré tout l'asystolie progresse, le cœur est forcé et la malade meurt le 3 mars 1919.

Vérification : congestions intenses des poumons avec, à droite, deux zones d'infarctus. Le cœur est énorme, les cavités droites dilatées, l'orifice mitral rétréci et insuffisant. On ne trouve aucune lésion d'endocardite récente. Enfin, congestions viscérales généralisées.

OBSERVATION LX (Docteur VORON)

V^e Pare. — Joséphine O..., 38 ans.

Rhumatisme à 15 ans.

Grossesses antérieures normales.

Depuis trois ans la malade a accusé à quatre reprises des crises de dyspnée et palpitations douloureuses.

Gros cœur : pointe dans le V^e espace, en dehors du mamelon. Rythme *mitral*.

Dernières règles : 5 janvier 1923.

La malade entre à l'infirmerie le 28 mai 1923 ; le 10 juin elle fait une crise de subasystolie avec tachyarythmie, dys-

pnée, cyanose, râles aux bases. On administre 60 gouttes de digitaline en trois jours.

Le 15 juin, consultation de M. le docteur Péhu : « Il s'agit d'une endocardite mitrale avec rétrécissement certain et insuffisance très probable... L'état circulatoire est mauvais, l'asystolie bien caractérisée. Il semble difficile que le cœur revienne à un état régulier et ce serait un gros risque que de laisser la grossesse évoluer jusqu'à terme. »

Le 20 juin : aucune amélioration.

Le 21 juin on place une bougie de Krause ; le surlendemain la dilatation est à 5 francs. Devant la gravité persistante de l'état général, on rompt la poche des eaux et on termine, sous anesthésie préalable, à l'aide des ciseaux de Blot. Délivrance artificielle immédiate.

Le 24 on donne 50 gouttes de digitaline... La nuit suivante, crise d'œdème aigu ; on saigne la malade qui ne s'améliore pas et meurt en grande asystolie le 9 juillet.

Vérification : Gros cœur, dilaté, avec d'énormes caillots organiques et adhérents. Congestions viscérales.

OBSERVATION LXI (Docteur VORON)

II^e Pare. — Inès M..., 20 ans.

Malade atteinte de bronchite chronique. Au cours de la grossesse antérieure qui fut normale la malade a fait une néphrite aiguë et une pleurésie.

Au cœur : *Rétrécissement mitral*, avec souffle systolique de la pointe : organique ou fonctionnel ?

Dernières règles : 4 août 1923.

La malade vient à l'infirmerie le 13 novembre 1923 pour des hémorragies ayant débuté huit jours auparavant, et des douleurs abdominales. L'état général est mauvais : c'est la grande asystolie.

On discute l'interruption de la grossesse, mais la gravité extrême de l'état général fait redouter une issue fatale au cours de l'intervention. On traite l'asystolie et on décide d'évacuer l'utérus dès que les symptômes se seront atténués.

Mais l'*asystolie* progresse et la malade meurt le 20 novembre 1923.

Vérification : La mitrale est sténosée ; de même l'orifice aortique. On trouve des végétations récentes sur la mitrale. Lésions viscérales congestives d'*asystolie*. Double épanchement pleural.

OBSERVATION LXII (Docteur VORON)

IV^e Paré. — Clémence F...

Grossesses antérieures normales, sauf la deuxième, terminée au cinquième mois par une fausse-couche : gémellaire et hydramnios aiguë.

Dernières règles : début septembre.

En fin octobre, la malade expulse chez elle un œuf paraissant complet ; elle rentre à l'infirmerie le 1^{er} novembre.

Au cœur : choc de la pointe violent ; *rétrécissement mitral* et nombreuse extrasystoles.

Aux poumons : bronchite diffuse intense, et congestion des bases. Gros foie.

Le 7 novembre, la malade est prise du côté droit de douleurs à type paroxystique, avec sensation d'anesthésie de la main droite. De ce côté, dont la température est abaissée par rapport à l'autre, on ne sent pas la radiale ; mais l'humérale est perçue dans l'aisselle.

Enfin une *hémiparésie* s'installe, et la malade meurt le 13 novembre 1923.

CHAPITRE PREMIER

L'ACCOUCHEMENT

Nous n'avons pas en vue l'étude de la grossesse chez les Cardiaques. Depuis les travaux de Vinay surtout, auxquels ont fait suite de nombreuses observations, on sait qu'elle est en général à peu près normale. Ne voulant pas sortir du sujet que nous nous sommes donnés, nous envisageons de suite la question de l'accouchement.

L'accouchement a été pendant longtemps regardé comme un épisode redoutable pour les cardiaques. Il peut, en effet, être accompagné d'accidents graves qui surviennent brusquement alors que rien ne les annonçait. Il est en tout cas l'occasion de grandes appréhensions pour les femmes qui se savent atteintes de cardiopathies : la plupart se croient à ce moment en imminence de défaillance cardiaque.

D'après les observations que nous rapportons, ces craintes nous paraissent exagérées. Bien que certains aient été longs et laborieux, la plupart des accouche-

ments que nous rapportons se sont passés sans complications graves. Et pourtant, chez quelques-unes de ces malades (une douzaine environ), s'étaient produits pendant la grossesse de légers accidents tenant à l'état cardiaque : dyspnée d'effort, palpitations faciles, œdèmes des membres inférieurs. Bien plus, certaines malades n'ont pas eu d'accidents au cours de l'accouchement, qui pendant leur grossesse avaient présenté des accidents graves. Nous apportons deux observations de malades qui présentèrent au cours de leur grossesse des accidents d'œdème aigu du poumon (Obs. XXXI et XIVII), celle de cette ancienne cardiaque qui eut, avant et pendant sa grossesse, 4 crises de subastolie (Obs. LIV) : toutes trois ont accouché sans accidents.

Une seule de nos malades a présenté, au cours de l'accouchement des accidents (Obs. LII). Il s'agit d'une secundipare, dont la grossesse précédente se termina par une fausse-couche de 2 mois. Malgré la présence de trois fibrômes que l'on sentait sur le corps utérin gravide, la grossesse avait été bien supportée. Rien ne faisait prévoir la crise brusque d'œdème aigu du poumon qui survint à la fin de l'accouchement, avant la délivrance même, et dont la malade se rétablit très rapidement.

On a recommandé de ne pas laisser les cardiaques se fatiguer trop au cours du travail, et en particulier on a préconisé l'application du forceps pour leur éviter les efforts de la période d'expulsion. Chez nos 62 malades nous voyons qu'on a terminé 5 fois l'accouchement par un forceps ; deux fois (Obs. XV et XXIII) on agit ainsi par précaution, bien que les malades aient une cardiopathie restée latente pendant la grossesse ; une autre fois

(Obs. V) parce qu'on se trouvait chez une primipare en présence d'un bassin légèrement rétréci. Chez les deux autres malades enfin, des accidents graves de la grossesse avaient attiré l'attention sur la cardiopathie : il y avait eu une fois (Obs. XLVII) une crise d'œdème aigu du poumon 20 jours avant l'accouchement ; l'autre fois (Obs. LIV) la malade avait présenté des états de subassystolie avant et pendant sa grossesse. Remarquons enfin qu'aucun accident grave ne se produisit à la suite de cette intervention.

Dans tous les cas, s'il se produit au cours de l'accouchement un accident de défaillance cardiaque, il faut intervenir de suite : l'évacuation rapide de l'utérus sera pratiquée.

L'application du forceps, chaudement préconisée par certains auteurs, ne nous paraît pas devoir être faite de façon systématique ; en pratique elle n'est qu'une mesure assez peu fréquente : la plupart des cardiaques accouchent spontanément, sans être autrement surmenées.

Chez nos malades, la *délivrance* a été par 3 fois l'occasion d'accidents hémorragiques. Chez la première (Obs. VI) dont nous rapportons deux grossesses, une hémorragie de 1.000 grammes environ accompagna la délivrance. La mère n'en fut pas affaiblie, et elle allaita son enfant. La deuxième (Obs. XXXIV) en était à sa quatrième grossesse ; les trois premières avaient été en tous points normales, le début de la dernière marqué par un peu de dyspnée d'effort. Après la délivrance, qui s'accompagna d'une perte de sang normale, la malade fit une hémorragie secondaire d'environ 600 grammes ; le pouls fut accéléré à 88 et revint rapidement à la normale et

l'incident n'eut pas de suites plus graves. La troisième observation (II) est celle d'une malade, mitrale et aortique, sextipare, dont la fin de la grossesse avait été assez pénible du fait d'une dyspnée d'effort facile. Elle eut en plus à la fin du 8^e mois un infarctus miliaire. Chez cette malade, dont l'enfant pesait 4.640 grammes, l'hémorragie de la délivrance fut de 2.790 grammes. Cet accident n'eut aucune suite ; la malade ne présenta même aucun symptôme d'anémie.

Quant aux *placentas*, nous les avons toujours trouvés normaux, et sans lésions caractéristiques.

CHAPITRE II

SUITES DE COUCHES

L'accouchement et la délivrance entraînent ordinairement un véritable soulagement de la parturiente et de son entourage qui considèrent que dès ce moment les dangers sont des plus minimes. L'accoucheur, lui, ne doit pas abandonner sa malade ; chez les cardiaques surtout, il ne doit pas cesser une surveillance attentive car chez ces accouchées les accidents ne sont pas très rares : la délivrance cardiaque ne suit pas la délivrance utérine.

Ces accidents peuvent être presque immédiats. Nous en rapportons deux cas. Le premier (Obs. XXXV) est celui d'une malade atteinte de myocardite. De trois grossesses antérieures, la première fut normale, les deux autres terminées par des fausses-couches. La grossesse n'avait été marquée que par un peu de dyspnée d'effort et un léger œdème des membres inférieurs, l'accouchement et la délivrance avaient été normaux. Deux heures après, la malade prit une syncope brusque : le malaise a duré 40 minutes, et n'a pas laissé de suites : la mère a allaité son

enfant. — Le second fait (Obs. LII) se rapporte à une malade secundipare atteinte de rétrécissement mitral, à utérus fibromateux. La grossesse avait été bien supportée. Brusquement, à la fin de l'accouchement, est survenu un accès d'œdème aigu du poulmon, dont la malade s'est rapidement remise.

S'agit-il là de phénomènes de congestion : la masse sanguine foeto-placentaire passant dans la circulation générale, d'où pléthore ; ou de manifestations anémiques : le sang s'amassant dans les viscères abdominaux et produisant des phénomènes de shock par anémie cérébrale ? Les deux opinions ont été soutenues.

Des accidents peuvent encore se produire à distance ; parfois c'est l'insuffisance cardiaque qui s'installe. Nous en rapportons 20 cas, dont certains terminés par la mort. Il s'agit tantôt d'accès de dyspnée et de cyanose, tantôt de congestion pulmonaire, tantôt d'œdème aigu du poulmon. Enfin ces accidents sont parfois suivis d'asystolie. On peut les voir survenir chez des malades qui n'ont présenté aucune manifestation cardiaque, ou bien ils ne sont que la continuation de manifestations antérieures d'insuffisance.

L'une de nos malades (Obs. XXXII) jeune primipare, aortique et mitrale, ayant bien supporté sa grossesse, fait, 5 jours après son accouchement, une crise de tachycardie paroxystique (pouls à 200) avec dyspnée et cyanose, puis, dans les jours suivants, une nouvelle crise de rhumatisme articulaire aigu. Elle se rétablit bien.

Deux malades (Obs. XXXIII et XXIV) ont présenté des accès de dyspnée et cyanose. La première, qui en est à sa quatrième grossesse, a vu évoluer normalement ses gros-

sessés et couches précédentes ; la grossesse en question n'avait été marquée que par un peu de dyspnée d'effort toute passagère et un léger œdème des jambes. L'accouchement s'était fait sans incident. L'accès se produisit au 7^e jour, intense mais s'atténua rapidement avec la médication tonique et révulsive. La deuxième, septipare, qui a eu un accouchement prématuré à 8 mois et une fausse-couche de 4 mois, accouche normalement, et présente un accès de dyspnée et cyanose légères qui s'atténue spontanément.

Nous rapportons 5 cas de congestion pulmonaire. Trois fois ces accidents ont été assez peu intenses (Obs. XXXVI, XXXIX et XL) et sont survenus aux 6^e, 11^e et 4^e jours ; deux fois il y a eu élévation de la température à 38°8. Ces trois malades, qui ont guéri rapidement, n'avaient pas présenté d'accidents antérieurs.

Les deux autres observations (LV et LVI) se rapportent à des malades ayant succombé. La première, quintipare, avait bien supporté les quatre grossesses antérieures ; pendant la cinquième, rendue pénible par une dyspnée d'effort facile on avait dû administrer de la digitale. L'accouchement s'était passé sans incident ; mais après lui, une grosse albuminurie s'établit en même temps qu'une dyspnée vive. Au 15^e jour, la température monte à 38°5 et on note une grosse congestion pulmonaire à laquelle succède, malgré le traitement énergique institué une asystolie irréductible qui emporte la malade le 22^e jour. — L'autre malade qui a bien supporté sa grossesse accouche sans incident. C'est une primipare âgée. Au 4^e jour, la température monte à 38°8 : il y a de la con-

gestion pulmonaire qui persiste tandis que la température reste oscillante et la malade meurt au 15^e jour.

Plus fréquents, et plus dramatiques sont les accidents d'œdème aigu du poumon. Nous en avons relevé 9 cas, dont 5 chez des primipares parmi lesquelles deux seulement avaient présenté au cours de la grossesse quelques phénomènes d'insuffisance. L'une (Obs. LVII), âgée de 27 ans, accoucha au milieu d'une dyspnée intense qui ne fit que s'accroître jusqu'au lendemain où se produisit la crise qui emporta la malade. Les autres ont bien guéri, et parmi elles se trouve une malade ayant présenté vingt jours avant son accouchement une crise analogue d'œdème aigu (Obs. XLVII). Les quatre autres, multipares, ont vu leurs accès éclater du 6^e au 9^e jour. Trois se sont bien rétablies, mais chez la quatrième (Obs. LIX) la crise d'œdème aigu, survenue le huitième jour chez une malade ayant accouché, presque asystolique au septième mois de sa grossesse, détermina des phénomènes de grande asystolie qui amenèrent la mort au 26^e jour. Signalons en passant l'observation de cette malade (Obs. LIII) chez qui le premier accouchement fut suivi d'un accès d'œdème aigu, alors que le deuxième se passait sans incident.

Nous avons vu enfin, plusieurs fois, survenir des manifestations de subasystolie ou d'asystolie. Deux malades (Obs. XLIII et XLVI) primipares, et ayant bien supporté leur grossesse sont le sujet de ces accidents le 6^e jour et le lendemain de l'accouchement. Toutes deux guérirent par le traitement médical. Une malade (Obs. LVIII) secondipare ayant bien supporté sa première grossesse, dyspnéique et albuminurique au cours de la deuxième, ac-

couche prématurément au 6^e mois : l'asystolie s'installe, rapidement irréductible : la malade meurt le 14^e jour. Nous avons vu (Obs. LV) comment une congestion pulmonaire survenue au 15^e jour avait entraîné l'asystolie, rapidement mortelle, chez une de nos malades. Ailleurs (Obs. 59) elle fut la conséquence d'une crise d'œdème aigu du poumon. Enfin, elle progressa malgré l'avortement thérapeutique pratiqué au 6^e mois (Obs. LX) et entraîna la mort chez une femme enceinte de trois mois (Obs. LXI).

Comment expliquer ces accidents à distance qui sont, nous le voyons, les plus fréquents ? A la suite de Porak, de nombreux auteurs ont pensé qu'ils étaient le fait de phénomènes inflammatoires. Gonnet et Froment, Wateau dans sa thèse, ont rapporté des observations probantes. Et sans doute s'agissait-il de manifestations de cet ordre chez nos deux malades (Obs. LV et LVI) qui furent emportées par des phénomènes de congestion pulmonaire qu'accompagnait une certaine élévation thermique. Enfin, chez une malade morte d'asystolie au cours du troisième mois de sa grossesse, nous avons trouvé des végétations récentes sur la mitrale.

Signalons pour mémoire la théorie toxique de Bar et Rénon, en faisant remarquer que la nature de l'intoxication gravidique est bien mal connue.

Dans tous les cas — et les auteurs sont unanimes sur ce point — la clef de voûte est le myocarde et c'est sa défaillance qui entraîne les accidents

CHAPITRE III

L'ALLAITEMENT

L'allaitement fait partie de l'acte physiologique de la parturition. Le nouveau-né évite ainsi presque toujours la gastro-entérite si fréquente la première année, et son développement ultérieur en est favorisé. La mère elle-même y trouve souvent profit : l'involution utérine est plus rapide et plus complète, les fonctions de nutrition sont plus actives, et l'état général est meilleur. Et Pinard a formulé la règle « toute femme saine doit allaiter son enfant ».

Mais lorsque la mère est atteinte de cardiopathie, doit-elle allaiter ? N'est-ce pas lui imposer une fatigue trop grande et lui faire courir un danger, que lui permettre de nourrir son enfant ?

Les accoucheurs ont pendant longtemps regardé les cardiopathies comme une contre-indication formelle à l'allaitement. Actuellement on est revenu de cet ostracisme. Pour les maladies du cœur, Budin, Vinay, Démélin, Bar, sont d'avis que l'allaitement doit être autorisé

si la lésion est bien compensée ; la malade nourrira donc dans ce cas, au moins les premiers mois. Les fatigues, légères le plus souvent, que certains auteurs ont signalées chez les cardiaques au cours de l'allaitement, ne peuvent pas être opposées au bienfait qu'en retire l'enfant.

Chez nos 62 malades, 21 ont allaité leur enfant ; il y avait, certes, un nombre bien plus grand de cardiopathies latentes ou seulement bien compensées ; mais souvent il est des raisons d'ordre social plus impérieuses, que les conseils du médecin. La malade dont nous rapportons l'observation (Obs. LIV) a tenu à allaiter bien qu'elle ait présenté des accidents graves avant et pendant sa grossesse : il a fallu une nouvelle crise d'asystolie, tenant au surmenage, pour qu'elle se résolve à ne plus nourrir son enfant, ce qui, disait-elle, ne la fatiguait guère. Le docteur Le Roux nous rapporte certains cas où malgré une défaillance cardiaque allant parfois jusqu'à l'asystolie, les mères ont tenu à nourrir leur enfant, et malgré la fatigue imposée ont bien guéri de ces accidents.

Nous ne voulons certes pas dire par là qu'on peut partout et toujours autoriser l'allaitement. Le médecin manquerait à son devoir s'il ne prévenait pas une malade mal compensée des dangers que lui fait courir l'allaitement, surtout si la cardiopathie s'accompagne de quelque autre affection pathologique. Mais nous pensons que le plus souvent, lorsque la lésion est bien compensée, la malade peut nourrir son enfant ; une surveillance attentive et de bonnes précautions hygiéniques sont de mise. Si au contraire la lésion cardiaque est mal compensée, il faut déconseiller l'allaitement. Dans certains cas particuliers on pourra enfin recommander l'allaitement mixte,

L'impression générale que nous gardons de ces quelques observations est qu'il est difficile, sinon impossible, d'établir une règle générale concernant la tolérance des cardiaques dans leurs grossesses. Les accidents qui restent, nous le répétons, peu nombreux, surtout les accidents graves, peuvent être précoces ou tardifs. On les voit survenir chez des primipares comme chez des multipares ayant eu de bons accouchements antérieurs ; nous les avons vu survenir après une grossesse alors que la suivante était des plus normales (Obs. LIII). Tardifs, ils peuvent survenir chez des malades dont la cardiopathie était absolument latente, nous en avons plusieurs observations. Précoces ou même antérieurs à l'accouchement, ils ne vont pas fatalement en s'aggravant à mesure qu'évolue la grossesse. Nous en avons une observation caractéristique (Obs. LIV).

Une seule conclusion est possible : il est sage et prudent de ne pas porter de pronostic ferme et de surveiller attentivement ses malades. De nombreux auteurs ont cherché des bases de pronostic. Pour Balard, de Bordeaux, il faut surveiller à l'oscillomètre de Pachon le travail chez les cardiaques : pour lui une chute secondaire de la valeur oscillométrique de la tension maximale surtout est un « signal d'alarme » du fléchissement cardiaque. Carlos Mönckeberg, de Santiago de Chili établit le pronostic pendant la grossesse sur la résistance du myocarde, l'état des vaisseaux et des autres organes, le siège de la lésion. Pour Mackenzie, la valeur d'un souffle est minime : c'est le rythme et les dimensions du cœur qui font le pronostic. Pardell, cardiologue consultant à la Maternité de New-York, soumet les femmes cardiaques

à une épreuve physique déterminée, et fonde un pronostic sur la façon plus ou moins satisfaisante dont elles ont réagi. Nous nous contentons de signaler ces méthodes que nous n'avons pas nous-même expérimentées.

Quelle thérapeutique allons-nous opposer à ces accidents de l'accouchement et des suites de couches ? Nous serons brefs. Nous avons dit plus haut ce que nous pensions du forceps. Et nous voyons que le traitement sera surtout médical : révulsion, toni-cardiaques, saignée. Les seules interventions obstétricales qu'on pourra pratiquer seront dirigées contre les hémorragies du travail, de la délivrance ou des suites de couches, et le fait de la cardiopathie ne fait pas prévaloir une intervention spéciale : le traitement des hémorragies chez les cardiaques sera celui des hémorragies ordinaires.

CONCLUSIONS

I. — Les cardiopathies ne sont pas incompatibles avec la bonne marche d'un accouchement, non plus qu'avec des suites de couches normales. Un grand nombre de cardiaques accouchent sans incidents.

II. — Ce n'est pas tant la nature des lésions orificielles qui conditionne l'apparition des accidents que l'état de myocardite plus ou moins marqué, et parfois minime, qui les accompagne et auquel tiennent, lorsqu'ils se produisent, les phénomènes de décompensation.

III. — Cette décompensation peut se produire avec une acuité variable à toutes les époques de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches ; mais c'est après l'accouchement et dans les suites de couches, qu'on les remarque le plus souvent.

IV. — La fréquence relativement grande des accidents chez les mitrales doit tenir au nombre plus important de ces cardiopathies. Le Rétrécissement Mitral pur est habituellement bien supporté.

V. — En tout état de cause, même si rien d'alarmant

relevant d'une insuffisance cardiaque ne s'est produit avant ou pendant la grossesse, même s'il n'y a pas d'affection intercurrente, on ne devra pas se départir d'une surveillance attentive des cardiaques en couches, qui permette d'instituer à temps un traitement approprié aux circonstances.

Vu :

Le Président de thèse,
COMMANDEUR.

Vu :

Le Doyen de la Faculté,
J. LÉPINE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Lyon, le 5 juin 1924.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDERODIAS et CAUBET. — De l'utilité du contrôle oscillométrique au cours du travail chez les cardiopathes. (Soc. d'Obst. et Gyn. de Bordeaux, séance du 16 mars 1922 ; in *Bulletin de la Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, 1922, N° 3, p. 187).
- AUDEBERT et DUPONT. — La Grossesse et l'Accouchement dans le R. M. congénital (*Annales de Gyn. et d'Obst.*, juillet 1909).
- BALARD. — Le critère oscillométrique, élément de diagnostic et pronostic de l'insuffisance cardiaque au cours de la puerpéralité. (Réunion Biologique de Bordeaux, 6 juillet 1920. In *C. R. de la Soc. de Biol. de Paris*, 1920).
- BAR. — Accidents gravido cardiaques. (*Journal des Sages-Femmes*, 1896, XXIV, p. 13).
- BAR et RÉNON. — Toxicité du sang et de l'urine chez une femme atteinte d'accidents gravido-cardiaques. (*Soc. de Biol.*, 1894, p. 183).
- BARANGER. — Cardiopathie et grossesse. (*Th. Paris*, 1920).
- BAUMEL. — Essai sur les accidents gravido-cardiaques. (*Montpellier Médical*, 1880, XLIV, p. 510).
- BERNARD. — Considérations sur la puerpéralité dans ses rapports avec les maladies du cœur. (*Th. Lyon*, 1905-1906).
- BOITEUX. — Accidents gravido-cardiaques avec prédominance des phénomènes dyspnéiques. (*Revue Méd. de l'Est*, 1886).

- BUDIN. — Maladie du cœur, grossesse et avortement, (*Progrès Médical*, 1873).
- CHAPON. — Du sphygmomanomètre et de la pression sanguine pendant la grossesse. (*Th. Paris*, 1898).
- CHASSEREAU. — Cardiopathies et grossesse. (*Th. Montpellier*, 1892).
- COCHEZ. — R. M. pur congénital, familial et héréditaire. (*Sém. Méd.*, 1898, p. 196).
- COLUENNE. — De l'influence fâcheuse exercée par la grossesse sur les maladies du cœur. (*Th. Paris*, 1872).
- CORPECHOT. — Grossesse et Cardiopathies. (*Th. Paris*, 1910-1911, n° 128).
- COSTA. — Questions sur les cas où l'on pourrait légitimement provoquer l'avortement. (*Journal gén. de Médecine*, 1827, XCVIII, p. 236).
- COUDERC. — Grossesse et Cardiopathies congénitales. (*T. Paris*, 1911-1912, n° 363).
- COURREJOL. — Des accidents gravido-cardiaques et de leurs indications obstétricales. (*Th. Paris*, 1881).
- COVA. — Le volume et la topographie du cœur pendant la grossesse, étudiés par la radioscopie. (*Folia Gynæcologia*, 1912, tome VI, p. 407).
- CRÉMADELIS. — De l'étiologie du R. M. pur. (*Th. Lyon*, 1903-1904).
- DÉMELIN. — Contribution à l'étude des cardiopathies dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement. (*L'Obstétrique*, 1896, I, p. 41).
- DESIARDIN. — Œdème aigu chez les femmes enceintes. (*Paris*, 1908).
- DESLANDES. — Des accidents gravido-cardiaques. (*Th. Paris*, 1896).

DOLÉRIS. — Avortement provoqué par le curettage pour affection cardiaque grave. (*Nouv. Ann. d'Obst. et Gyn.*, 1892, p. 229).

DUPLANT. — Asystolie et œdème aigu au cours de la grossesse.

DUROSIEZ. — De l'influence du cœur sur la menstruation, la grossesse et son produit. (*Arch. de Tocologie*, 1875).

FAVREAU et RANTUREAU. — Grossesse et accouchement chez une primipare atteinte de lésions mitrales et aortiques. (*Soc. d'Obst. et de Gyn.*, Bordeaux, 5-2-1924).

FINDLEY. — Endocardite aiguë maligne pendant la gestation. (*Gyn. et Obst.*, 1922, p. 339).

GERBAUD. — Accidents gravido-cardiaques. (*Montpellier Médical*, 1883).

GODLEWSKI (Emile et Charles). — Un cas de shock obstétrical port abortum. (*Revue obst. et gyn. de Montpellier*, 18 mai 1921).

GONNET et FROMENT. — Nature inflammatoire des accidents gravido-cardiaques. (*Revue de Médecine*, 1908).

DE GRAND MAISON. — Cardiopathies et grossesse. (*Médecine moderne*, 1901, p. 205).

GRÖNE. — Cardiopathies et grossesse. 54 cas. (*Soc. d'Obst. et Gyn. de Stockholm*, 25 mai 1912).

HUCHARD. — Traité de maladies du cœur et des vaisseaux.

IZARD. — La question du mariage dans le R. M. (*Th. Paris*, 1904-1905, n° 202).

JACCOUD. — Des rapports des cardiopathies avec la grossesse. (*France Médicale*, 1887, p. 373).

— Influence du mariage et de la grossesse sur les maladies du cœur. (*Semaine Méd.*, 1896).

JEANNENEY. — Théories pathogéniques du choc traumatique. (*Progès Méd.* n° 37, 10-ix-1921).

- JEANNIN et GARIPUY. — Césarienne vaginale de Dührssen. (*Obst.* nov. 1910).
- LEGRAND. — Sur un cas d'asystolie gravidique. (*Lyon Médical*, 1889, p. 469).
- LÉPINE. — Cardiopathies de la grossesse. (*Lyon Médical*, 1898).
- LEQUEUX. — Accidents gravido-cardiaques. (*Journal de Médecine interne*, 10-12-1909).
- LIENHARD. — Action nocive qu'ont sur les affections cardiaques les grossesses répétées. (*Th. Genève*, 1916).
- LE LORIER. — Trois observ. pour servir à l'histoire du choc obstétrical et cardiaque. (*Bull. Soc. d'Obst. et Gyn. Paris*, tome X, n° 7, p. 477).
- MACDONALD. — On the bearings of chronic disease of the heart upon pregnancy and parturition. (*Obst. journal of Great Brit.*, 1877, p. 73).
- MACKENZIE. — (*The Lancet*, Tomes CC., nos 5101, 5102, 5103, 5104, juin 1921).
- MANES. — Contribution à l'étude des accidents gravido-cardiaques. (*Th. Montpellier*, 1898).
- MESNARD. — Rétrécissement de l'artère pulmonaire et ses rapports avec la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. (*Th. Paris*, 1912, n° 287).
- MERKLEN. — R. M. et grossesse. (*Semaine Méd.*, 1892).
- MÖNCKEBERG. — Notas Clinicas sobre Patologia de la gestacion. (*Santiago de Chili*, 1915).
- NAUREILS. — De la grossesse et de l'accouchement dans leurs rapports avec les maladies valvulaires du cœur. (*Th. Bordeaux*, 1899).
- NICHOLSON. — Two cases of pregnancy complicated by serious heart diseases. (*Americ. Journ. of Obsterics*, 1903, XLVII, p. 44).

NUBIOLA. — Observations électrocardio-graphiques pendant la grossesse.

OUI. — Maladies du cœur et grossesse. (*Rev. pratique d'Obst. et de péd.*, 1896, p. 69).

PARDELL. — (*Journal of the Americ. Med. Association*, Tome LXXVIII, n° 16, 22 avril 1922).

PELLISSIER. — De la tension artérielle et de la viscosité du sang total et de leurs rapports chez les femmes enceintes atteintes de cardiopathies. (Mai 1915, Clinique Tarnier).

PETER. — Grossesse et maladie du cœur. (*Union Médicale*, 1872, p. 320).

— Leçons de Clinique médicale.

PINARD. — Fonctionnement de la clinique Baudelocque (Fascicule annuel depuis 1892).

PORAK. — De l'influence réciproque de la grossesse et des maladies du cœur. (*Th. d'Agrégation*, 1880).

POULIOT. — Des accidents qui compliquent les maladies du cœur au cours de la grossesse. (*Th. Paris*, 1904-1905).

POWILEWICZ et PORTES. — Accidents cardio-pulmonaires graves ; avortement thérapeutique. (*Presse Méd.* 1923, p. 215).

RÉMY. — De l'influence de la grossesse sur les maladies du cœur. (*Th. Nancy*, 1889).

— Acc. gravido-cardiaques. (*Revue méd. de l'Est*, XXIX, p. 255).

RIEHL. — Endocardite et Grossesse. (*Soc. d'Obst. et Gyn. de Strasbourg*, 3-2-1923).

LE ROUX. — Allaitement chez les cardiaques. (*Obstétrique*, 1907).

TARNIER. — Asystolie et Grossesse. (*Tribune Médicale*, 1894, p. 47).

VAQUEZ et MILLET. — Du cœur dans la grossesse normale.
(*Presse Méd.*, 1848, p. 61).

— Tension artérielle pendant la grossesse et les suites de
couches. (*Soc. d'Obst. de Paris*, 15-2-1906).

RIBEMONT, DESSAIGNES et LEPAGE. — Traité d'Obstétrique.

VINAY. — Traité des maladies de la grossesse.

— Affection valvulaire du cœur et de la grossesse. (*Arch.
de Tocologie*, nov. 1893, p. 801).

WERNER. — Tubal sterilization as a prophylactic measure.
(*New-York Medical Journal*, 4 nov. 1911).

WATEAU. — Nature inflammatoire des accidents gravido-car-
diaques. (*Th. Lyon*, 1909).

